

## Begleitschreiben zum Elternfragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für Ihre Anfrage im Frühförderzentrum. Vorab möchten wir Ihnen einige Informationen zukommen lassen.

Uns ist es ein Anliegen, Ihnen bei allen Fragen beizustehen und mit unserem fachlichen Wissen einen Weg zu zeigen, um Ihrem Kind zu helfen. Wir bitten aber um Ihr Verständnis, dass wir Ihnen keinen kurzfristigen Untersuchungstermin nennen können. Aufgrund der Vielzahl von Anmeldungen mussten wir eine Warteliste einrichten.

Um uns im Vorfeld ein umfassendes Bild von Ihrem Kind machen zu können, bitten wir Sie den beigefügten Fragebogen auszufüllen. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie die Antwort frei. Diese Fragen können dann während des Aufnahmegesprächs geklärt werden.

**Um Ihr Kind in unserer Warteliste aufnehmen zu können, senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen komplett zurück.**

### **Bitten nicht vergessen!**

1. die Zustimmung Ihres Kinder- oder Hausarztes (Stempel oder Überweisung)!
2. **alle Sorgeberechtigten bitten wir um die erforderlichen Unterschriften:**
  - a. **Bestätigung der Angaben zum Kind**
  - b. **Kundeninformationsblatt**
  - c. **Zustimmung zum kirchlichen Datenschutz**
3. ev. Kopien von Befundberichten  
  
(Sollten Unterschriften fehlen, müssen wir Ihnen leider den Fragebogen wieder zurücksenden!)

**Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben alle der ärztlichen Schweigepflicht!**

Beim Ersttermin wird eine kinderärztliche und entwicklungsneurologische Untersuchung durchgeführt. Die Dauer dieser ersten Untersuchung beträgt ca. 1 – 1,5 Stunden.

Um eine möglichst genaue Diagnose bei Ihrem Kind zu stellen, werden ev. weitere Termine notwendig sein. In einem Abschlussgespräch werden wir Ihnen dann alle Ergebnisse der Untersuchungen mitteilen und das gemeinsame Vorgehen planen.

Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer 06341 / 599-124 oder per E-Mail: [ffz.landau@cbs-speyer.de](mailto:ffz.landau@cbs-speyer.de)

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen

*Dr. med. K.-H. Spörkman*

Kinderarzt, Leitender Arzt  
des Sozialpädiatrischen Zentrum Landau



# Frühförderzentrum

Sozialpädiatrisches Zentrum und Frühförderstelle

**CFZ St. Laurentius und Paulus  
Frühförderzentrum  
Queichheimer Hauptstr. 235  
76829 Landau**

Interner Vermerk:

WL  DRI  SK  
 LD  NW  GER

### Wichtige Angaben zum Kind:

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Wohnort:
Geburtsdatum:	Staatsangehörigkeit:
Männlich: <input type="checkbox"/>	Weiblich: <input type="checkbox"/>
War dieses oder ein anderes Kind der Familie bereits im Frühförderzentrum in Betreuung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? .....	
Name des Geschwisterkindes:.....	
Bei welcher Krankenkasse ist das Kind versichert?	
Versichert mit dem/der <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Selbst	

**Angaben zu Eltern  oder Pflegeeltern**  (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	(Pflege-)Mutter	(Pflege-)Vater
Name/Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Telefon/FAX		
Mobil		
E-Mail		
<b>Sorgeberechtigt:</b> <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> (sonstige Personen)		

### Wichtig:

Bitte lassen Sie Ihren **behandelnden Arzt** durch seinen **Stempel bestätigen**, dass er die Weiterbehandlung im Frühförderzentrum für erforderlich hält.  
Erst dann können wir Ihr Kind auf unsere Warteliste aufnehmen und Ihnen einen Platz im Frühförderzentrum anbieten!



**Arztstempel:**

Kinder- oder Hausarzt:
Name des Kindergartens / der Schule: .....
Gruppe / Klasse ..... ErzieherIn / LehrerIn .....
Für Pflege- / Adoptiveltern: Seit wann lebt das Kind in Ihrer Familie:
Zuständiges Jugend- / Sozialamt:

**Wer hat Ihnen empfohlen, sich an das Frühförderzentrum zu wenden?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt, Hausarzt | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle    |
| <input type="checkbox"/> ErzieherIn           | <input type="checkbox"/> Familienangehörige, Bekannte |
| <input type="checkbox"/> LehrerIn             | <input type="checkbox"/> Sonstige                     |

**Bitte helfen Sie uns und senden folgende Befundkopien und ein aktuelles Foto Ihres Kindes mit:**



- ➔ **Gelbes Untersuchungsheft**
- ➔ **Impfpass**
- ➔ **Arzt-, Krankenhaus- oder  
Therapeutenberichte**
- ➔ **Entwicklungsbericht Kindergarten**
- ➔ **Schulzeugnisse**
- ➔ **Aktuelles Foto des Kindes**
- ➔ **Bei Pflegeeltern: Bescheinigung  
über Vormundschaft beifügen!!**



## Vorbefundungen

Wo haben Sie Ihr Kind **wegen der oben genannten** Problemen bereits vorgestellt?

	Name	wann
<input type="checkbox"/>	Kinderarzt	
<input type="checkbox"/>	Neurologe	
<input type="checkbox"/>	Orthopäde	
<input type="checkbox"/>	Augenarzt	
<input type="checkbox"/>	HNO-Arzt	
<input type="checkbox"/>	Kinderklinik	
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugend- psychotherapeut, Erziehungs- beratungsstelle	

Welche **medizintechnischen Untersuchungen** wurden bei dem Kind bereits durchgeführt?

	Wo	Wann
<input type="checkbox"/>	Hörprüfung	
<input type="checkbox"/>	Sehprüfung	
<input type="checkbox"/>	Computertomografie (CT)	
<input type="checkbox"/>	Kernspintomografie (MRT)	
<input type="checkbox"/>	Ultraschall	
<input type="checkbox"/>	EEG	
<input type="checkbox"/>	Andere	

Wurden oder werden bei dem Kind **(Heilmittel-)Behandlungen** durchgeführt?

	Therapeut, Grund der Behandlung	wann
<input type="checkbox"/>	Physiotherapie	
<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	
<input type="checkbox"/>	Logopädie	
<input type="checkbox"/>	Andere	

### C. Besonderheiten während der Schwangerschaft:

Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? .....

Fertilitätsbehandlung (Kinderwunschsprechstunde)?  Ja  Nein

	Schwanger- schaftsmonat		Schwangersc haftsmonat
<input type="checkbox"/> Blutung	.....	<input type="checkbox"/> Unfälle	.....
<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	.....	<input type="checkbox"/> Kontakte zu Giften	.....
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen	.....	<input type="checkbox"/> Operationen	.....
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	.....	<input type="checkbox"/> Bestrahlungen	.....
<input type="checkbox"/> Ödeme (Wassereinlagerung)	.....	<input type="checkbox"/> Diabetes	.....
<input type="checkbox"/> Seelische Belastung	.....	<input type="checkbox"/> Röntgen	.....
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme	.....	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	.....
<input type="checkbox"/> Alkohol	.....	<input type="checkbox"/> Rauchen	.....
<input type="checkbox"/> Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie	.....	<input type="checkbox"/> Fehl- o. Totgeburt bei einer früheren Schwangerschaft	.....

### D. Fragen zur Geburt:

Wo wurde das Kind geboren?

- zu Hause  
 im Krankenhaus

.....  
 (Name der Geburtsklinik)

Die Geburt erfolgte  
 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- zum errechneten Termin (37. Schwangerschaftswoche + 1 Tage bis 41. Schwangerschaftswoche + 6 Tage)  
 zu früh ..... . Schwangerschaftswoche  
 zu spät ..... . Schwangerschaftswoche

War einer der folgenden Eingriffe notwendig?  
 (ggf. Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Saugglocke  Geburtszange  Kaiserschnitt

Gab es Geburtskomplikationen (z.B. Nabelschnurumschlingung, Herztonabfall, Becken-  
 endlage, Querlage, Gesichtslage)?

Bestand eine Mehrlingsschwangerschaft?

- nein  
 ja; das Kind war der/die  Erstgeborene  Zweitgeborene

**E. Fragen zur Neugeborenen- und Säuglingszeit:**

Geburtsgewicht ..... Gramm      Länge ..... cm      Kopfumfang ..... cm

Wie waren die **APGAR –Werte**? ..... - ..... - ..... Nabelschnur PH .....  
(steht im Vorsorgeheft bei U1; z. B. 8-9-10)Musste das Kind nach der Geburt beatmet werden?       nein       jaBestanden irgendwelche sonstigen **Auffälligkeiten** beim Kind?       nein       ja; bitte beschreiben:  
.....  
.....Wurde Ihr Kind nach der Geburt auf eine **Neugeborenenintensivstation** verlegt?       nein       ja; bitte Klinik angeben:  
.....  
.....

Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenswochen eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

- Atemstörung  
 Gelbsucht incl. Phototherapie/Belampung  
 Trinkschwäche  
 Fieber  
 Blutgruppenunverträglichkeit

- Krämpfe  
 Infektion  
 Erbrechen  
 Sonstiges: .....

Traten bei Ihrem Kind im **Säuglingsalter** folgende Probleme auf?

- Fütterprobleme       Schwierig zu beruhigen  
 Anhaltendes Schreien („Schrei-Baby")       Körperkontakt abweisend  
 Schlafprobleme       Häufig unzufrieden wirkend  
 Spei- o. „Spuckkind“       Allergien

Sonstiges  
.....  
.....  
.....**F. Fragen zu Ernährung, Verdauung und Schlaf:**Wurde Ihr Kind gestillt?       nein       ja; bitte angeben, wie lange:  
.....Wird Ihr Kind mit einer speziellen Kost ernährt?       nein       ja; bitte die Kost beschreiben  
(z.B. vegetarisch, vegan, sonstige spezielle Diät):  
.....  
.....

Fallen Ihnen **beim Essen** Besonderheiten auf (z.B. beim Saugen, Schlucken oder Kauen; vermehrter Speichelfluss, Ablehnung grober Kost)? Bitte beschreiben Sie die Auffälligkeiten:

---

---

Hat Ihr Kind Stuhlunregelmäßigkeiten?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein                    | <input type="checkbox"/> Durchfall              |
| <input type="checkbox"/> Neigung zur Verstopfung | <input type="checkbox"/> Chronische Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Breiiger Stuhlgang      | <input type="checkbox"/> Medikamente?           |

Hat Ihr Kind zurzeit Schlafprobleme?

- Einschlafprobleme
- Häufiges nächtliches Erwachen (Durchschlafprobleme)
- Schlafen nur im elterlichen Bett möglich

### G. Fragen zu früheren Erkrankungen (medizinische Anamnese):

Hatte Ihr Kind eine der folgenden **Erkrankungen**?

- |   | Jahr  |  | Jahr  |
|---|-------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Masern             | _____ | <input type="checkbox"/> Keuchhusten     | _____ |
| <input type="checkbox"/> Scharlach          | _____ | <input type="checkbox"/> Röteln          | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mumps              | _____ | <input type="checkbox"/> Dreitagesfieber | _____ |
| <input type="checkbox"/> Windpocken         | _____ | <input type="checkbox"/> Pseudokrupp     | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | _____ | <input type="checkbox"/> Unfälle         | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schädelverletzung  | _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges       | _____ |

Ergänzende Angaben, Komplikationen:

---

---

War Ihr Kind schon einmal **stationär in einer Klinik**?

Name der Klinik	Wann?	Wie lange?	Warum?
-----------------	-------	------------	--------

---

---

Weitere ergänzende Angaben zu Klinikaufenthalten:

---

---

---



Hat Ihr Kind Sehstörungen?  Nein  
 Ja; welche:

Hat Ihr Kind Hörstörungen?  Nein  
 Ja; welche:

Hat Ihr Kind eines der folgenden medizinischen **Hilfsmittel**?

- |  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille        | <input type="checkbox"/> Hörgerät    | <input type="checkbox"/> Dreirad     |
| <input type="checkbox"/> Rollator      | <input type="checkbox"/> Rollstuhl   | <input type="checkbox"/> Spezialbett |
| <input type="checkbox"/> Gymnastikball | <input type="checkbox"/> Stehständer | <input type="checkbox"/> Sonstiges   |
| <input type="checkbox"/> Schienen      |                                      |                                      |

### Sozialrechtliches

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?

Grad der Behinderung

Merkzeichen

Hat Ihr Kind eine Pflegestufe?

Welche?

.....

.....

.....

.....

.....

Vermuten Sie bei Ihrem Kind **noch nicht diagnostizierte Krampfanfälle**?  Ja  Nein

Bei Kindern mit **bekanntem Krampfanfällen**:

Wann trat **der erste Anfall** auf?

Wann trat **der letzte Anfall** auf?

Medikation?

.....

.....

.....

Beschreiben Sie die Anfälle

.....

Letzte EEG-Untersuchung?

Wo?

Hat Ihr Kind eine **chronische Erkrankung?** (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, rheumatische Erkrankungen):

- Nein
- Ja; bitte angeben: .....

Hat Ihr Kind eine **Allergie?**

- Nein
- Ja; bitte angeben: .....

Erhält Ihr Kind **regelmäßig Medikamente?**

- Nein
- Ja; bitte angeben:

Name des Medikaments:

Menge (Dosierung):

.....  
 .....  
 .....

.....  
 .....  
 .....

## H. Entwicklungsanamnese

Zu welchem **Zeitpunkt** etwa konnten Sie erstmals Folgendes beobachten:

	Lebensmonat		Lebensmonat
Lächeln	.....	Erste Worte	.....
Greifen	.....	Erste 2-Wort-Sätze	.....
Drehen	.....	Sauber, tags	.....
Krabbeln	.....	Sauber, nachts	.....
Freies Sitzen	.....	Erster Zahn	.....
Freies Laufen	.....	Selbständig Anziehen	.....
Dreiradfahren	.....	Fahrradfahren ohne	.....
(mit Treten <u>und</u> Lenken)		Stützräder	

Haben Sie bei Ihrem Kind einen **Entwicklungsstillstand** oder **Rückschritt in der Entwicklung** beobachtet?

- Nein
- Ja  (bitte beschreiben)

	Ja	Etwas	Nein
<b>Fragen zur Entwicklung für Kinder ab 3 Jahre:</b>			
Kann Ihr Kind <b>gegenständlich malen?</b> (Gestaltendes und erkennbares Malen, z.B. Haus, Männchen, Baum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind mit einer <b>Schere ausschneiden?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drückt Ihr Kind Stifte zu fest auf oder hält es Stifte nicht im Dreifingergriff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffällige <b>Ungeschicklichkeit</b> der Arme, Hände und Finger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind <b>Knöpfe oder Reißverschlüsse</b> selbständig schließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirkt die Bewegungssteuerung Ihres Kindes unkoordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betastet(e) Ihr Kind <b>Gegenstände</b> und Spielzeug nur oberflächlich oder ließ/lässt es diese rasch fallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt Ihr Kind <b>Unsicherheiten</b> beim Begehen von Treppen und unebenem Gelände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat(te) Ihr Kind <b>Schwierigkeiten</b> Dreirad oder Fahrrad fahren zu lernen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ihr Kind insgesamt in seiner <b>Körpermotorik ungeschickt oder ängstlich</b> (z.B. beim Rennen, Klettern, Abhüpfen, Schaukeln, Ballfangen ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blättert Ihr Kind <b>Bilderbücher</b> , Kataloge u.ä. nur rasch und oberflächlich durch ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde/wird beim Spielen mit Bauklötzen, Basteln, Malen häufig weg geschaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde/wird Ihr Kind beim Betrachten eines Bilderbuchs häufig unruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hört Ihr Kind nur <b>unkonzentriert</b> kurz oder unwillig bei Erklärungen, beim Erzählen, beim Vorlesen zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versteht Ihr Kind altersgemäße Anweisungen, Bitten, Fragen oft nicht richtig oder hört es diese gar nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Rechtshänder	Linkshänder	Beidhänder
Ihr Kind ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sein Vater ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seine Mutter ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## I. Fragen zur sozialen und emotionalen Entwicklung Ihres Kindes

- Lebte Ihr Kind zeitweilig in einem Heim?  nein  ja; .....
- Ist Ihr Kind ein Adoptivkind/Pflegekind?  nein  ja; .....
- Lebt oder lebte das Kind in einer Pflegefamilie?  nein  ja; .....

Haben Sie für Ihr Kind schon einmal **gesetzliche Hilfe** in Anspruch genommen:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jugendamt      | <input type="checkbox"/> Pflegegeld         |
| <input type="checkbox"/> Versorgungsamt | <input type="checkbox"/> Behindertenausweis |
| <input type="checkbox"/> Sozialamt      | <input type="checkbox"/> Sonstiges          |

**Hauptbezugsperson(en)**  
Ihres Kindes:

- Mutter  Vater  Beide Eltern

Wenn Ihr Kind außer von Ihnen noch durch andere Personen betreut wird, bitte angeben:

---

---

Wenn Ihr Kind schon im **Kindergarten** war/ist:

Wann kam Ihr Kind in den Kindergarten? ..... (bitte Jahr angeben)

Gab es Probleme in der Eingewöhnungszeit?  Nein  Ja:

Gibt es derzeit Probleme im Kindergarten?  Keine  Leichte  Deutliche

(Bitte beschreiben)

Wenn Ihr Kind schon in der **Schule** ist:

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?  Nein  Ja

Bei Ja bitte Grund angeben: .....

Wurde ein sonderpädagogisches Gutachten erstellt?  Nein  Ja

Wann wurde Ihr Kind eingeschult? Bitte Jahr angeben:

Erhält Ihr Kind Förderunterricht?  Nein  Ja

Hat Ihr Kind die Klasse wiederholt?  Nein  Ja

Bei Ja bitte Grund angeben: .....

Besucht Ihr Kind einen Hort, Ganztagschule oder eine Hausaufgabenbetreuung?

Nein  Ja

Wird Ihr Kind von einer Integrationsfachkraft betreut?

Nein  Ja

Gibt es aktuell Probleme in der Schule?

Nein  Ja

Haben Sie bei Ihrem Kind eine der folgenden **Verhaltensauffälligkeiten** beobachtet?

Ängste (bei bestimmten Gelegenheiten)

Stottern

Autoaggressionen

Zähneknirschen

Nägelbeißen

Daumenlutschen

Haare ausreißen

Stehlen

Einnässen

Lügen

Einkoten

Schlafwandeln

Tics

Zündeln

Auffälligkeiten in der Sexualentwicklung

Sonstige

Besondere **Interessen und Fähigkeiten** Ihres Kindes:

Welche Neigungen, Interessen und Fähigkeiten hat Ihr Kind und welche Spiele bevorzugt es?

---

---

Bitte geben Sie an, wieviele Stunden pro Tag Ihr Kind mit digitalen Medien verbringt (geschätzt):

Fernsehen, Videos, DVDs  
Playstation o.ä.

PC, Tablet, iPod o.ä.

Gameboy,

Handy/Smartphone

---

Wogegen hat Ihr Kind eine besondere Abneigung? (Spiele, Tätigkeiten):

---

---

---

---

---

**J. Fragen zur Umgebung und Familie des Kindes (Familienanamnese):**

	Mutter	Vater
Schulabschluss	_____	_____
Erlerner Beruf	_____	_____
Ausgeübter Beruf	_____	_____
Geburtsland	_____	_____
Staatsangehörigkeit <small>(bei Asylbewerbern bitte Status angeben)</small>	_____	_____
Familienstand der Eltern:	<input type="checkbox"/> nicht verheiratet/ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Sind die Eltern blutsverwandt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie mit Ihren <b>Wohnverhältnissen</b> zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wer lebt noch im Haushalt (z.B. neuer Lebenspartner?)	_____	

Sind **gleiche oder ähnliche Probleme**, wie Sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon einmal in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?

Nein       Ja; bitte beschreiben:

**Geschwister des Kindes:**

(bitte Vorname und Geburtsjahr angeben)

Vorname, Name, Geburtsjahr	Mit im Haushalt lebend?	
	Ja	Nein
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es eine der folgenden **Krankheiten oder Störungen** in der weiteren oder näheren Familie?

Wer?

- Geistiger Entwicklungsrückstand
- Fehlbildungen
- Sehstörung o. Taubheit
- Geisteskrankheit
- Spastische oder sonstige Lähmung
- Bewegungsstörung
- Epilepsie
- Gemüteskrankungen
- Asthma, Ekzem, Allergie
- Schulprobleme
- Stoffwechselkrankheit
- Sonstiges

**Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:**

- sorgeberechtigter Vater
- sorgeberechtigte Mutter
- Sonstiger Sorgeberechtigter:

**Vielen Dank!**

Bitte die nachfolgenden Seiten beachten und unterschreiben!

# Vereinbarung

## über ärztliche, ärztlich delegierte, therapeutische und heilpädagogische Leistungen im Frühförderzentrum Landau

### Gesetzlich versicherte Kinder:

Eine Behandlung im Frühförderzentrum kann nur erfolgen, wenn uns für das laufende Quartal ein Überweisungsschein vorliegt. Die Quartale beginnen am 01. Januar/ 01. April/ 01. Juli und 01. Oktober des jeweiligen Jahres. Frühestmöglicher Behandlungsbeginn ist das Ausstellungsdatum des Überweisungsscheins.

### Privat versicherte und beihilfeberechtigte Kinder:

Das Frühförderzentrum ist durch den Zulassungsausschuss für Ärzte in der Pfalz als Sozialpädiatrisches Zentrum gem. § 119 SGB V ermächtigt. Mit Beginn der Behandlung wird zwischen Ihnen und dem Frühförderzentrum ein Vertrag abgeschlossen, dessen Grundlage die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils aktuellen Fassung ist. Ein Exemplar der GOÄ steht Ihnen auf Wunsch in unserem Sekretariat zur Einsicht zur Verfügung. Bei den ärztlichen und ärztlich delegierten Leistungen ist ein Steigerungsfaktor bis zum 2,3fachen möglich.

Die ärztlichen Leistungen werden vom leitenden Arzt Dr. med. Karl-Heinz Spörkmann (oder in Delegation von den sonstigen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie) erbracht und in Rechnung gestellt.

Ab 01.01.2017 wird für im Frühförderzentrum erbrachte Heilmittelleistungen (Ergotherapie, Krankengymnastik oder Logopädie) der Kostensatz berechnet, der mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart ist. Bitte beachten Sie hierzu unseren öffentlichen Aushang in den Räumen des Frühförderzentrums.



**Um zu vermeiden, dass Sie für einen Teil der Therapiekosten selbst aufkommen müssen, empfehlen wir Ihnen, vor Beginn der Behandlung mit Ihrer Versicherung die Kostenübernahme abzuklären. Auch wenn Sie beihilfeberechtigt sind, empfehlen wir Ihnen dringend, vor Beginn der Behandlung mit Ihrer Beihilfestelle zu klären, ob und in welchem Umfang diese leistungspflichtig ist.**

### Allgemeine Behandlungsbedingungen:

Falls im Rahmen der Behandlung Ihres Kindes im Frühförderzentrum eine Therapie (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Heilpädagogik, psychologische Therapie) erforderlich wird, werden wir Art und Umfang der notwendigen Maßnahmen im Rahmen der Behandlungsplanung mit Ihnen besprechen.

Die Behandlungstermine vereinbaren unsere Therapeuten direkt mit Ihnen. **Voraussetzung für das Gelingen der Behandlung Ihres Kindes ist eine regelmäßige Teilnahme.** Daher sollten Sie planbare andere Termine in therapiefreie Zeiten legen.

Können Sie oder Ihr Kind aus gesundheitlichen Gründen nicht zur Behandlung erscheinen, melden Sie sich bitte persönlich oder telefonisch bei Ihrem Bezugstherapeuten (d.h. **mindestens 24 Stunden** vorher) ab.

Nur wenn Sie rechtzeitig absagen, ist es uns möglich, den frei werdenden Termin an ein anderes Kind zu vergeben und Behandlungsausfälle zu vermeiden. Geschieht dies nicht, behalten wir uns vor, den Betrag für die ausgefallenen Behandlungstermine (Logo-, Ergo-, Physiotherapie, heilpädagogische und psychologische Förderung) Ihnen persönlich in Rechnung zu stellen. Den aktuellen Abrechnungssatz entnehmen Sie bitte unserem öffentlichen Aushang.

**Bitte beachten Sie auch:** der Therapieplatz Ihres Kindes wird an ein anderes Kind unserer Warteliste vergeben, falls Sie mehr als zwei Behandlungstermine unentschuldig nicht wahrgenommen haben.

**Wenn Sie eine Behandlung Ihres Kindes im Frühförderzentrum zu den genannten Bedingungen wünschen, bitten wir Sie, uns dies im Folgenden mit Ihren Unterschriften zu bestätigen.**

**BITTE NICHT VERGESSEN!**



Ort, Datum

**Unterschrift Mutter**

**Unterschrift Vater**

Mit Ihren Unterschriften als Sorgeberechtigte bestätigen Sie die Angaben zum Kind und unsere Vereinbarung über ärztliche und ärztlich delegierte therapeutische und heilpädagogische Leistungen im Frühförderzentrum



# BITTE UM BEACHTUNG!

Entsprechend gesetzlicher Vorschriften benötigen wir vor Behandlungsbeginn Ihr Einverständnis zu.

➔ .....Kundeninformationsblatt

➔ .....Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten zu betriebsnotwendigen Zwecken

## Kundeninformationsblatt mit Angaben gemäß § 15 KDG

Sehr geehrte Damen und Herren,

was in einer Beratung besprochen wird, ist vertraulich. Das ist für uns selbstverständlich.

Zu Beginn der Behandlung möchten wir Ihnen transparent darstellen, wie wir im Caritas Förderzentrum mit den uns anvertrauten Daten umgehen.

1. Das Caritas-Förderzentrum bildet eine Organisationseinheit. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Zentrums sind zur Verschwiegenheit, gemäß kirchlichem Datenschutz, verpflichtet. Wir erheben nur Daten, die für unsere Aufgabenerfüllung notwendig sind.
2. Um einen zügigen, problemlosen Ablauf in der Terminvergabe und Terminabsprache zu gewährleisten, wird Ihr Name mit Ihrer Rufnummer in der Verwaltung elektronisch hinterlegt. Diese Daten gehen nicht an Personen außerhalb des Caritas-Förderzentrums.
3. Um eine Situation zu verstehen, ist es gleichwohl wichtig, sie aus verschiedenen Perspektiven anzusehen. Das gilt auch für unsere Beraterinnen und Berater, die unterschiedliche Schwerpunkte und Sichtweisen einbringen. Sie kommen regelmäßig zusammen, um sich auszutauschen und voneinander zu lernen. Die Inhalte der Beratung werden in anonymisierter Form besprochen, Ihr Name wird nicht genannt. Im Ergebnis hat der Austausch der Beraterinnen und Berater für Sie den Vorteil, dass Ihnen die Fachkompetenz eines gesamten Teams zur Verfügung steht.
4. Die Inhalte des Beratungsprozesses sind von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu dokumentieren. Wirken mehrere Fachkräfte an Ihrem Beratungsziel mit, steht die Dokumentation diesen Fachkräften auch zur Verfügung. Die Fachaufsicht obliegt dem Leiter/der Leiterin des Frühförderzentrums. Aus Gründen der Qualitätssicherung kann dieser/diese die Dokumentation einsehen.
5. Wenn die Beraterinnen und Berater den Eindruck haben, dass eine Zusammenarbeit mit einer externen Einrichtung weiterhilft, wird Ihnen das vorgeschlagen. Die Entscheidung darüber liegt bei Ihnen. Eine Weitergabe von Informationen erfolgt unter strikter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, das heißt: Wir bitten Sie hier schriftlich separat um Zustimmung.
6. Im Bereich der Jugendhilfe sind wir verpflichtet, den gesetzlichen Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung zu erfüllen.
7. Gegenüber den Kostenträgern steht das Caritas-Förderzentrum in der Pflicht, die Arbeit transparent darzustellen. Das geschieht in Form anonymisierter Statistiken.
8. Die verantwortliche Stelle für die Verarbeitung Ihrer Daten ist die Caritas Betriebsträgergesellschaft mbH Speyer, Nikolaus-von-Weis Straße 6, 67346 Speyer, E-Mail: info@cbs-speyer.de, Telefon 06232 209-200, FAX 06232 209-4200.

9. Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der Caritas Betriebsträgergesellschaft mbH Speyer, ist unter der o.g. Anschrift, zu Hd. Harald Fuchs, beziehungsweise unter [harald.fuchs@caritas-speyer.de](mailto:harald.fuchs@caritas-speyer.de) erreichbar.

10. Für eine Behandlung erheben wir folgende Informationen (Seite 1 bis 14): Anrede, Vor- und Nachnamen, Anschrift, Kommunikationsadressen, biografische Daten, Gesundheitsdaten sowie weitere Informationen, die zu einem erfolgreichen Behandlungsprozess zur Verbesserung Ihrer aktuellen Situation notwendig sind. Die Erhebung dieser Daten erfolgt, um Sie als Kunde identifizieren zu können, zur Korrespondenz mit Ihnen und um Sie angemessen behandeln zu können.

11. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Ihren Wunsch hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 b) KDG zu den genannten Zwecken für eine angemessene Behandlung notwendig. Die von uns erhobenen Daten vernichtet das Sie betreuende Caritas-Förderzentrum drei Jahre nach Abschluss der Behandlung. Eine längere Aufbewahrung erfolgt nur, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind.

12. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nicht. Bereits bei Punkt 5 dieser Information haben wir Sie darauf hingewiesen, dass - falls wir dies für erforderlich halten - dies eine separate, schriftliche Zustimmung Ihrerseits voraussetzt.

13. Als Kunde haben Sie das Recht

gemäß Art. 8 Abs. 6 KDG Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen;

gemäß Art. 17 KDG Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden und ggf. aussagekräftige Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;

gemäß Art. 18 KDG unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;

gemäß Art. 19 KDG die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;

gemäß Art. 20 KDG die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 8 KDG Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;

gemäß Art. 22 KDG Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen und

gemäß Art. 48 KDG sich bei der zuständigen Datenschutzbeförde zu beschweren.

14. Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 g) KDG verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 23 KDG Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben.

Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine schriftliche Nachricht an eine der unter 8. oder 9. genannten Kontaktadressen.

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Behandlung!



Ort, Datum

**Unterschrift Mutter**

**Unterschrift Vater**

Mit Ihren Unterschriften als Sorgeberechtigte nehmen Sie die Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten sowie Ihre Rechte hierzu im Caritas-Frühförderzentrum zur Kenntnis.

## Einwilligungserklärung nach § 8 KDG

Damit wir in die Behandlung einsteigen können, verlangt das Katholische Datenschutzgesetz (KDG) Ihre schriftliche Einwilligung, dass wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten dürfen.

Personenbezogene Daten nach §4 Nr. 1 KDG, die wir bei Ihnen erfragen, sind z.B. Adressdaten oder biografische Daten. Besondere Kategorien personenbezogener Daten nach §4 Nr. 2 KDG, über die wir ggf. im späteren Beratungsprozess Kenntnis erhalten, sind z.B. Gesundheitsdaten.

Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung beruht auf § 6 (1) b) des KDG. Die Datenerhebung und -verarbeitung der oben benannten Datenkategorien dienen uns wunschgemäß zur Behandlung Ihres Kindes und Verbesserung dessen aktueller Situation.

Die Arbeit unseres interdisziplinären Teams erfolgt EDV-gestützt. Dazu ist es erforderlich, Daten Ihres Kindes und Ihrer Familie elektronisch zu erfassen und weiter zu verarbeiten. Die MitarbeiterInnen des Frühförderzentrums unterliegen der Schweigepflicht und den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Persönliche Daten werden nur weiter gegeben, soweit es für die Abrechnung mit den zuständigen Kostenträgern (z.B. Krankenkasse, Kommunen,) entsprechend den geltenden gesetzlichen Regelungen erforderlich ist.

Bei einem privat versicherten und beihilfeberechtigten Kind: Die **opta data Abrechnungs GmbH** (nachfolgend benannt als **oda**), **Bamlerstr. 114, 45141 Essen**, wird im Auftrag die aus der Behandlung/Leistung resultierende Rechnung erstellen und einziehen. Das Caritas-Förderzentrum St. Laurentius und Paulus, Queichheimer Hauptstr. 235, 76829 Landau tritt oda die aus der Behandlung entstehende Forderung ab. oda kann die Forderung an die refinanzierende Bank weiter abtreten. Sie erklären sich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden und willigen ein, dass das Caritas-Förderzentrum zum Zweck der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung, Heilmittelrezepte mit allen darauf befindlichen Daten an oda weiterleitet. Sie nehmen zur Kenntnis, dass oda nur abrechnungsrelevante Daten erfasst, verarbeitet, speichert oder nutzt und willigen ein, dass oda abrechnungsrelevante Daten an ihre refinanzierende Bank übermitteln kann. Nicht zur Erfassung kommen Daten über Diagnosen oder Behandlungsabläufe

Bei offenen Fragen hierzu wenden Sie sich vor der Unterzeichnung bzw. während der späteren Behandlung gerne an einen Mitarbeiter des Frühförderzentrums!

Sie haben jederzeit die Möglichkeit zum Widerruf dieser Einwilligungserklärung in gleicher Form mit Wirkung für die Zukunft. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen wird durch den Widerruf nicht berührt. Bei erfolgtem Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile! Einen Widerruf richten Sie bitte an das Sie betreuende Caritas-Frühförderzentrum St. Laurentius und Paulus, Queichheimer Hauptstr. 235, 76829 Landau, oder die verantwortliche Stelle im Sinne dieses Gesetzes, die Caritas Betriebsträgersgesellschaft mbH Speyer, Nikolaus-von-Weis Straße 6, 67346 Speyer.

Bitte haben Sie Verständnis, dass der dargestellte Behandlungsprozess nur bei erfolgter, schriftlich vorliegender Einwilligung beginnen kann!



Ort, Datum

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater

Mit Ihren Unterschriften als Sorgeberechtigte willigen Sie in die Verarbeitung personenbezogener Daten zum Zwecke der Erbringung ärztlich delegierter, therapeutischer und heilpädagogischer Leistungen im Frühförderzentrum ein.



**Die Bearbeitung des vorliegenden Antrags kann nur nach Ihrer schriftlichen Einwilligung mit jeweils 3 Unterschriften pro Erziehungsberechtigtem erfolgen. Wir bitten um Verständnis. Ohne die Einwilligungen senden wir Ihnen den Fragebogen zurück und können den Antrag nicht weiter bearbeiten.**

### Vorliegende Unterlagen vollständig:

- Arztstempel
- Unterschrift Mutter
- Unterschrift Vater
- Kundeninformationsblatt
- Einwilligungserklärung
- Seiten vollständig





**Caritas-Förderzentrum St. Laurentius und Paulus**

Caritas Betriebsträgergesellschaft mbH Speyer

**Frühförderzentrum**

Sozialpädiatrisches Zentrum und Frühförderstelle